【提出先】
〒530-0004　大阪市北区堂島浜2-1-40
サントリー大阪オフィス内
サントリー健康保険組合宛

＊（該当〇印）
被保険者
家　　族

埋葬料（費）請求書

注）　死亡診断書または埋葬許可書等の写しを必ず添付してください。

【和暦】　　年　　月　　日　申請

被保険者			
	勤務先事業所		部署
	健康保険記号・番号	記号	番号
	フリガナ		
	氏　　名		

請求者記入欄			
	死亡した者の氏名・生年月日	埋葬（葬儀）を行った年月日	【和暦】　　年　　月　　日
	氏　名 〔被保険者との続柄〕 【和暦】　　年　　月　　日生	遺族以外の人が埋葬（葬儀）を行った場合に 要した費用	円
	死亡年月日と死亡原因 【和暦】　　年　　月　　日死亡 死亡原因 ［　　］	死亡が第三者の行為に因るものとなるときは、その事実ならびに第三者の氏名及び住所（氏名住所不明のときはその旨）	

＊（ア～ウ該当〇印） ア．在職者の被扶養者が死亡の場合	ア．は被保険者の給与振込で支払います。		
イ．被保険者が死亡の場合 ウ．退職者の被扶養者が死亡の場合	振込銀行	（フリガナ） 銀行　　支店〔　　〕	（支店コード）
	普通預金口座番号	No.	
	名　義	（フリガナ）	

上記により請求します。
上記アの場合、所属する事業所を代理人と定め受領を委任します。

請求者住所

【和暦】　　年　　月　　日

氏　名

続　柄　　TEL

健保支給決定欄	常務理事	事務長	担当者	支給決定額					
				埋葬料（費） ¥	万	千	百	十	円
	死亡年月日	年　月　日		備考					
	被保険者の資格	年　月　日 取得 年　月　日 喪失							
	被扶養者の資格	年　月　日 取得 年　月　日 喪失			支給年月　・　・				

支給が決定しましたら、ご自宅宛に「支給決定通知書」を郵送します。
在職者は給与にて支給します。給与明細の「【支給】健保給付金（非課税）」欄をご覧ください。
任意継続被保険者は、申請時に指定された銀行口座に振込みます。

202411